



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E PEQUENAS CIRURGIAS		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1º) fui informado (a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde descritas em prontuário eletrônico desta unidade após consulta em ambiente de pronto atendimento.

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s): ()

Exérese (remoção cirúrgica) de lesões de pele ou tecido subcutâneo (ex: cistos, lipomas, nevos/sinais)

() Suturas de ferimentos e cortes

() Biópsias de pele, mucosas ou tecidos moles para análise laboratorial

() Drenagem de abscessos ou coleções de líquidos

() Outro(s): _____

3º) recebi as informações que o(s) procedimento(s) envolverá(ão) o uso de tecnologias e insumos padrão para cirurgias de pequeno porte, que incluem, mas não se limitam a: bisturi convencional, eletrocautério (bisturi elétrico) para corte e coagulação de vasos sanguíneos, fios de sutura (absorvíveis ou inabsorvíveis), pinças cirúrgicas hemostáticas, soluções antissépticas, anestésico local (como lidocaína, com ou sem vasoconstritor), além de seringas, agulhas e materiais de curativo estéreis. *(Caso haja uso de tecnologia específica, detalhar):*

4º) quanto a avaliação de riscos e benefícios, fui devidamente informado(a), de forma clara e acessível, pela equipe médica sobre os benefícios esperados com a realização deste tratamento, que incluem: a melhora clínica da lesão, alívio de sintomas, obtenção de diagnóstico anatomopatológico preciso (em casos de biópsia), controle de processos infecciosos (em casos de drenagens) e a resolução da condição que motivou a indicação do procedimento.

5º) por outro lado, declaro estar ciente de que a medicina não é uma ciência exata. Embora os procedimentos ambulatoriais e as pequenas cirurgias sejam considerados de menor complexidade, eles não são isentos de riscos. Fui informado(a) e compreendi que podem ocorrer os seguintes riscos e complicações previsíveis:

- **Riscos Gerais e Locais da Cirurgia:** Sangramento durante ou após a cirurgia; formação de hematomas (acúmulo de sangue sob a pele); infecção na ferida operatória (exigindo uso de antibióticos ou nova drenagem); problemas de cicatrização (formação de cicatrizes inestéticas, hipertróficas ou queloides, dependendo muito da minha genética); deiscência (abertura precoce dos pontos, que pode atrasar a cicatrização); além de dor, alteração de coloração e inchaço (edema) temporários na região operada.
- **Riscos Relacionados à Anestesia Local:** Possibilidade de reações alérgicas aos medicamentos anestésicos, soluções de limpeza ou materiais (como látex e adesivos), variando de leves a graves (anafilaxia); toxicidade rara da medicação (tontura, tremores ou reações neurológicas); e alterações de sensibilidade na área tratada (dormência, formigamento ou hipersensibilidade permanente ou temporária, por lesão de pequenos nervos locais).
- **Riscos Específicos e Limitações:** Há risco de recidiva, ou seja, de a lesão voltar a crescer no mesmo local (comum em cistos, lipomas e unhas encravadas). Em casos de biópsia, o resultado do laboratório pode indicar a necessidade de uma nova cirurgia no futuro para ampliar a margem de segurança.

6º) quanto a alternativas ao tratamento, a equipe médica me explicou detalhadamente as alternativas disponíveis ao tratamento proposto, incluindo a opção de não realizar nenhuma intervenção médica. Estou plenamente ciente de que, caso eu opte pela não realização do procedimento, os riscos para a minha saúde incluem: o crescimento e progressão da doença ou lesão, agravamento de quadros



dolorosos ou infecciosos, a impossibilidade de se obter um diagnóstico celular preciso (sem a biópsia) e complicações nos tecidos vizinhos à área afetada. Opções de tratamentos não cirúrgicos ou medicamentosos foram discutidas e tiveram suas limitações explicadas frente ao meu quadro clínico atual.

7º) declaro que li (ou leram para mim) todo este documento. Recebi todas as informações redigidas e explicadas em linguagem simples e compreensível, adequadas ao meu nível de entendimento. Tive a oportunidade de realizar perguntas e esclarecer todas as minhas dúvidas, estando plenamente satisfeito(a) com as respostas dadas pela equipe assistencial.

8º) fui expressamente informado(a) do meu direito de recusa e de que posso revogar (cancelar) este consentimento a qualquer momento antes do início do procedimento, sem que isso implique em abandono do meu cuidado ou qualquer tipo de penalidade institucional.

9º) tendo compreendido integralmente os riscos, benefícios e alternativas, por minha livre e espontânea vontade, CONCORDO E AUTORIZO EXPRESSAMENTE a equipe médica a realizar os procedimentos propostos. Autorizo também a realização de condutas imprevistas que se façam absolutamente necessárias durante o ato médico, visando salvaguardar minha saúde e integridade física em situações de emergência.

10º) declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.